N° ~~10~~
8

GONOCOCCIE DES ANNEXES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1901

PAR

Paul VOLPELIÈRE

Né à Couqueyrac (Gard), le 13 Janvier 1874

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS.
MOITESSIER.	GALAVIELLE	VEDEL.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. DE ROUVILLE, Agrégé.
GILIS, Professeur	IMBERT (Léon), Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Eternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE

P. Volpelière.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

P. VOLPELIÈRE.

AVANT-PROPOS

Bien moins pour obéir à une coutume déjà ancienne que pour exprimer ma sincère reconnaissance envers mes Maîtres, qu'il me soit permis de placer leur nom en tête de ce modeste travail. Je ne fus point, durant mes longues années d'études, un de ces élèves qui brillent dans tous les concours, mais j'ai su tout de même me tenir à ma tâche. Et si mes études théoriques n'ont pas été au-dessus de la moyenne, c'est que j'ai estimé, dès le début, que c'est auprès du lit des malades qu'on apprend la médecine et non point dans les traités ou les manuels. Aussi me suis-je astreint à suivre régulièrement les Cliniques de nos Maîtres de Montpellier, et c'est à l'Hôpital que j'ai appris cet Art, noble entre tous, de soulager le malheureux qui souffre.

A mes Maîtres je dédie ce modeste travail ;

A Monsieur le Professeur Tédenat, qui a bien voulu me confier le sujet de cette thèse. Quoique la tâche soit un peu rude pour moi, je l'ai acceptée, et il me serait bien doux de lui montrer que c'est avec profit que j'ai suivi pendant longtemps ses Cliniques. Qu'il veuille bien agréer mes remercîments sincères pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner pendant toute la durée de mes études.

A Monsieur le Professeur Carrieu, qui m'a toujours fait preuve de sympathie. Captivé par sa méthode et la sûreté de son diagnostic, c'est dans son service de l'Hôpital que j'ai appris ce que je sais de Médecine. Et si je quitte la Faculté

avec l'espoir d'être utile plus tard à ceux qui pourront avoir besoin de moi, c'est à lui que je dois en être reconnaissant. Merci donc, cher Maître, de vos excellentes leçons, merci de toutes vos bontés.

A Monsieur le Professeur agrégé Raymond, qui s'est aussi intéressé à moi : il sait tout ce que je lui dois : qu'il veuille bien recevoir ici ce faible témoignage d'une reconnaissance infinie.

Et à tous mes Maîtres de cette Faculté que j'ai tant aimée, ainsi qu'à tous mes amis qui m'ont montré quelque sympathie, avant de nous séparer, merci de vos bonnes leçons, merci de votre bonne amitié.

GONOCOCCIE DES ANNEXES

INTRODUCTION

Un sujet aussi intéressant demanderait, pour être bien traité, une autre compétence que la mienne. Mais, si j'ai tenté de l'étudier, c'est que, à l'hôpital, dans le service de mon maître, M. le professeur Tédenat, j'ai eu l'occasion de voir de nombreuses malades atteintes de cette redoutable affection qu'est la blennorrhagie ; que ces malades y sont bien des fois venues dans un état lamentable, et que je me suis demandé comment il avait pu se faire que cette maladie ait pu étendre aussi loin ses ravages.

La raison en est, m'a-t-il semblé, que, tout d'abord, l'on ne connaît pas encore assez bien les dangers auxquels expose le gonocoque ignoré ou négligé dans l'urèthre masculin ; que bien souvent l'on croit guérie une uréthrite malgré l'apparition, de loin en loin, d'une petite goutte de pus au matin ; que l'on permet trop tôt le mariage, et la jeune femme, infectée dès les premiers rapports, se trouve condamnée à la souffrance pendant toute la durée de sa vie génitale et à la stérilité. En second lieu, il ne faut pas trop accuser le médecin qui a soigné la malade (parfois même ne l'a pas vue du tout), d'avoir fait un examen superficiel ; en effet, le gonocoque se cache si bien dans les replis ou

les glandes des muqueuses, que de nombreux examens restent souvent infructueux, n'arrivent pas à déceler sa présence. Ajoutons que, dans certains cas, les lésions évoluent sans que la malade s'en doute elle-même, et ne trahissent que très tard leur présence.

Enfin, il est une autre catégorie de malades qui, elles, souffrent ; mais rien ne fait penser à l'appareil génital. Elles ont des maux de tête, des crises nerveuses, des digestions pénibles, et l'on est bien souvent forcé, dans notre époque de suractivité, de surmenage, d'admettre l'erreur de ceux qui les traitent comme nerveuses Si, au moindre soupçon[1], cependant, l'on examinait, de parti-pris, les malades dans ce sens-là, il me semble qu'on pourrait, quelquefois du moins, enrayer un mal qui mène à la stérilité presque d'une façon absolue, et n'est guéri, quelquefois hélas ! seulement soulagé, que par une opération très grave.

Ces considérations m'ont amené à entreprendre cette étude qui, je ne me le dissimule pas, est bien difficile, mais je serai heureux si j'ai pu arriver à produire quelque nouvelle clarté dans cette question complexe, très succinctement traitée dans nos ouvrages actuels, sauf, peut-être, dans le grand *Traité de Gynécologie* allemand de Veit.

Je diviserai cette étude de la façon suivante :

Chapitre Ier. — Après quelques mots sur les uréthrites masculines que l'on croit guéries et qui contaminent la jeune femme, j'examinerai de quelle façon va se comporter le gonocoque déposé dans le vagin.

Chapitre II. — De la salpingo-ovarite.

Chapitre III. — Pelvi-péritonite ou mieux para-métritre.

Chapitre IV. — Symptômes et traitements.

Chapitre V. — Conclusions.

[1] Pozzi. *Traité de Gynécologie*; p. 215. « Chez toute jeune femme atteinte de maladie chronique, il n'est pas permis de négliger l'examen de l'utérus ».

CHAPITRE PREMIER

La blennorrhagie de l'homme est une maladie fort tenace, et, le gonocoque s'étant introduit dans l'urèthre, il est bien difficile de l'en chasser. L'on sait combien sont variés les traitements, et combien aussi sont peu satisfaisants les résultats.

Mais le côté qui nous intéresse actuellement, c'est la *chronicité* de la maladie, c'est cet état dans lequel le malade ne présente qu'une légère goutte le matin, et encore ne la voit-il pas tous les jours. Ce malade-là se croit guéri et ne se rend pas compte du danger qu'il est pour sa jeune épouse. Si l'on examine cette goutte de pus, on a fort peu de chances d'y trouver des gonocoques : ils existent cependant, mais ils sont logés profondément dans les culs-de-sac glandulaires, ils sont dans le tissu conjonctif sous-épithélial, ils sont même arrivés aux corps spongieux. Ils déterminent à la longue un processus inflammatoire qui fait de la sclérose, du rétrécissement.

Mais tant que le rétrécissement n'est pas prononcé, ses symptômes passent inaperçus ; le médecin voyant la goutte de pus du matin soupçonnera bien l'existence du gonocoque, mais le malade, dont l'uréthrite aiguë date quelquefois d'une époque bien éloignée, se croit guéri : il ne tient aucun compte de cette goutte, qu'il prend quelquefois pour du sperme : il se marie sans aucune méfiance.

Si on le soumet à l'épreuve, ce malade, si on le fait fatiguer,

boire de la bière, etc. etc.., le gonocoque réapparaîtra probablement. Parfois, c'est de lui-même qu'il le fait réapparaître : un jour de fête, après des libations un peu exagérées, un peu de fatigue, il se livre à des coïts répétés, et quelques jours après il va trouver son médecin, accusant la femme de lui avoir communiqué la blennorrhagie.

Il en est d'autres qui ont un peu de prostatite et qui, un jour où ils sont constipés, voient apparaître à leur méat, pendant la défécation, une goutte blanchâtre qu'ils prennent pour du sperme : ceux-là aussi sont dangereux.

Ils se marient. Les premiers coïts, souvent exagérés en nombre, quelque peu de fatigue, réveillent le gonocoque endormi dans la profondeur de leur urèthre, et ils contaminent ainsi leur jeune femme.

« Beaucoup de femmes mariées prennent la blennorrhagie au moment des premiers rapprochements et deviennent malades peu de temps après le mariage, sans autres motifs que celui-là (la blennorrhagie du mari) ; et certes la blennorrhagie est une des plus graves maladies qui puissent atteindre une femme, car, par ce fait, non seulement elle peut être rendue «*infirme*» pour toute la période sexuelle, mais encore irrémédiablement inféconde, sans parler des dangers de mort par péritonite aiguë qui peuvent survenir soit d'emblée, soit plus tard par suite de la rupture d'une trompe ou d'un ovaire suppuré (Monprofit.)»[1].

A la vulve le gonocoque produira un peu de rougeur, un peu de pus verdâtre, une bartholinite, mais cela est peu fréquent.

Dans le vagin il est mal reçu par l'épithélium. On sait qu'il n'y a pas de glandes dans le vagin, et que l'épithélium pavimenteux stratifié ne se laisse guère attaquer par le

[1]. Verchère. La blennorrhagie chez la femme. 2 vol. Paris 1894. Tome II page 64.

gonocoque. Toutefois, malgré des soins de propreté, il pourra être retenu par les replis de la muqueuse.

Si le pus gonococcique arrive d'une façon quelconque au méat urinaire, il y a de grandes chances pour que l'urèthre soit infecté. L'urèthre féminin ressemblant à l'urèthre masculin, le gonocoque cultivera là aussi bien que chez l'homme.

Toutes ces lésions ont évidemment leur importance, mais on arrive facilement à les traiter.

Si nous poussons plus loin notre examen, nous trouverons des inflammations plus rebelles. C'est ainsi que la cervicite et la métrite seront souvent très peu modifiées par les meilleurs traitements, et exigeront la plupart du temps des opérations.

Pendant le coït, le gonocoque est déposé dans les culs-de-sac vaginaux et sur le col : il peut même être déposé dans le col. Dans les culs-de-sac il se maintient constamment en rapport avec la muqueuse du col, laquelle, bien que différant fort peu de celle du vagin, se laisse pénétrer par lui. Sur toute cette surface du museau de tanche on trouvera au toucher de petites saillies sphériques qu'on désigne sous le nom « d'*œufs de Naboth* ». Cette lésion toutefois, quoique fréquente dans la gonococcie, n'en est cependant pas pathognomonique. Une forme plus fréquente et plus caractéristique, c'est la déformation qu'on trouve dans les infections un peu anciennes : le col est épaissi, saillant dans le vagin, évasé en entonnoir, au toucher le doigt pénètre dans cet entonnoir ; on n'a plus l'impression de toucher une sphère percée d'un petit orifice à peine sensible au doigt, c'est alors comme une tige ronde qu'on aurait pliée en couronne, en ne laissant au centre qu'un tout petit orifice.

Mais l'infection pénètre plus haut, gagne le canal cervical et la cavité utérine. C'est ici qu'il va pouvoir pulluler facile-

ment. Il y est dans d'excellentes conditions : une muqueuse mince et facilement attaquable, de nombreux replis, des glandes nombreuses aussi, tout cela permet au gonocoque de se maintenir dans cette cavité utérine, et l'on comprend combien il est difficile de l'en déloger.

Il va se fixer dans les glandes, détruire les tissus avec rapidité, et peu de temps après l'infection une suppuration plus ou moins abondante révèlera l'état de ces lésions. Dans le col les glandes de Naboth formeront de petites tumeurs, les unes enkystées, œufs de Naboth, les autres suppurant abondamment. Par destructions progressives, le gonocoque finit par atteindre le tissu conjonctif et même la musculeuse.

C'est à cette pénétration profonde que l'on doit la grande difficulté que l'on éprouve à guérir ces métrites cervicales.

Les antiseptiques, en effet, de quelle nature qu'ils soient, l'iode même que l on a tant vanté parce qu'il se volatilise, n'arrivent pas toujours à cette profondeur. Le curettage lui-même, pour peu qu'il soit timide, ne suffira pas.

L'observation suivante le prouve d'une façon très nette.

Observation Première.

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique.

Augustine G..., 20 ans, lingère, entre salle Desault, lit n° 8.

Antécédents. — Réglée à 14 ans et demi. Les règles duraient huit jours. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a deux ans.

A cette époque, huit jours après son premier coït (?), elle entre à l'hôpital, souffrant dans le ventre au point de ne pouvoir marcher ; un écoulement blanchâtre était apparu depuis 3 jours, assez abondant, la vulve lui cuisait violemment, la miction était douloureuse au point de la faire évanouir chaque fois, mais peu fréquente. Deux ou trois jours après son arrivée à l'hôpital, les mictions deviennent plus nombreuses.

Après quelques pansements (injections, tampons, instillations dans la vessie), les douleurs cessent et elle peut promener dans les jardins.

On lui fait un curettage, un mois et demi après son entrée à l'hôpital, et quinze jours après, elle sort guérie, le 3 ou 4 octobre 1899.

Elle resta guérie jusqu'à maintenant. Il y a quinze jours, des douleurs apparaissent dans le bas-ventre, le rein et la fosse iliaque gauche ; pas de pertes blanches, jamais de frissons ni de fièvre.

Etat actuel. — Malade vigoureuse, en bon état, bon appétit, pas constipée, dort bien, urines claires, incolores, pas fréquentes.

Examen. — Abdomen normal à l'inspection ; à la palpation, même légère, on détermine une douleur dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche.

La vulve et le vagin sont normaux ; le col est gros, regardant en avant, fendu transversalement, à muqueuse éversée. Utérus mobile mais douloureux dans ses mouvements, en rétroversion légère ; les culs-de-sac ont leur profondeur, sont douloureux surtout à gauche ; on sent les annexes dans le Douglas, du volume d'un macaroni.

Diagnostic. — Métrite et annexite blennorrhagique.

Traitement. — Injections vaginales antiseptiques chaudes, Bains de siège, maillot de Priessnitz, tampons à l'ichthyol.

Le 20 novembre, après quinze jours de ce traitement, elle sort disant qu'elle ne souffre absolument plus.

Voilà donc cette malade qui a été opérée, qui semble guérie, et chez qui les douleurs reparaissent. Le gonocoque est resté chez elle à l'état latent pendant deux ans.

L'observation suivante montre aussi que le gonocoque reste inactif pendant des périodes de temps variables.

Observation II

Germaine M..., 23 ans, domestique, entre le 8 février 1901, à la salle Desault, lit 8, parce qu'elle éprouve des douleurs dans le ventre.

Antécédents. — Anémie de 14 à 20 ans, réglée à 17 ans, syphilis, a été soignée il y a deux ans pour métrite ; il y a une semaine, à la fin de ses règles, elle fut prise de douleurs dans le ventre ; mais elle en avait eu souffert déjà.

Etat actuel. — Bon aspect ; arythmie du cœur ; constipée depuis le début de la crise. Ses règles, qui ne revenaient que tous les 2 ou 3 mois, reviennent depuis la première maladie toutes les 3 semaines, abondantes, rouges, quelques caillots, durent 3 ou 4 jours. Pertes blanches constamment. Pas de grossesse.

Examen. — Utérus en bonne position. Au spéculum, on voit un col gros, rouge, entr'ouvert, d'où il sort un liquide jaunâtre.

On fait un lavage de l'utérus au lysol et on touche la muqueuse à la liqueur de Battley.

Le 5 mars 1901. Elle ne souffre plus depuis 3 jours. Le col regarde en arrière, les culs-de-sac sont souples, mais douloureux. Au spéculum le col est gros mais moins enflammé. Application de tampons d'ichthyol.

Le 15. Elle sort améliorée, mais non guérie.

Le 29. Elle revient avec une perte rouge très abondante et une douleur très vive de chaque côté de l'utérus ; elle est constipée. Au toucher, qui est très douloureux, on sent que les annexes sont enflammées de chaque côté, l'utérus est en antéversion exagérée, le col est au sacrum.

Priessnitz, injections chaudes, suppositoire belladonné.

15 avril. La douleur s'est atténuée : la malade supporte la palpation abdominale.

17. Elle supporte facilement le toucher.

3 mai. Souffre beaucoup des reins, perd toujours en blanc.

6. Opération. Anesthésie à l'éther. Hystérectomie vaginale. Les annexes droites ne peuvent être amenées au dehors, les gauches sont faciles à enlever. L'utérus est gros, dur, friable. Trompe bos-

selée, épaisse, liquide séro-purulent. Un petil kyste de l'ovaire s'est rompu pendant l'opération.

7. Vomissements. Piqûre de morphine, pouls 80, T. 37°,3
Elle souffre de l'estomac. Lavement de sérum. Bon faciès.

24. Elle souffre beaucoup en urinant; urine souvent, surtout dans la nuit.

15 juin. Ne souffre plus et ne perd plus. Elle sort guérie.

Il va sans dire qu'avec un utérus aussi malade la conception n'est guère possible. Si toutefois la fécondation venait à se produire, l'avortement aurait lieu souvent et de très bonne heure.

Mais si l'on arrive à guérir cette métrite la femme pourra concevoir et mener à terme sa grossesse. Pour l'infection des trompes, nous allons le voir dans le chapitre suivant, il en est bien autrement dans le plus grand nombre des cas.

CHAPITRE II

« La salpingite gonorrhéique et, consécutivement, la péritonite sont presque fatales lorsqu'il y a une endométrite plus ou moins durable (Sœnger)[1] ».

« C'est pendant la blennorrhagie aiguë que le développement de l'infection arrive dans les trompes, lorsqu'il doit y arriver » et, plus loin, «... l'infection.... gagne les trompes plus tard à la suite d'un accouchement ou d'un accident, après des mois ou des années[2] ».

Voilà donc le fait. Une fois le gonocoque dans l'utérus, les trompes sont à peu près fatalement condamnées à l'infection. Il est évident que la suppuration, envahissant progressivement toute la muqueuse, va arriver à celle de l'ostium utérin, de la trompe, du pavillon, sur l'ovaire, dans le péritoine.

Fort probablement, la période menstruelle doit aussi favoriser le développement de l'infection, quoique Janet ait dit : « Si ces modifications anatomo-physiologiques (période menstruelle) ne sont pas suffisantes pour faire perdre à l'utérus son immunité. .»; mais il indique l'importance de l'accouchement en continuant: «.... celles qui se produisent après l'accouchement suffisent alors pleinement à permettre l'infection de l'utérus. C'est pourquoi des femmes qui ont pu jusqu'alors échapper aux causes d'infection que leur offraient

[1] Verchère ; *La blennorragie chez la femme*. T. II, p. 65.

[2] Veit ; *Handbuch der Gynœkologie*, article de Bumm, p. 479.

leurs époux, se laissent facilement infecter au moment de leurs couches. De là toutes ces métrites, ces salpingites..... etc., post-puerpérales, et que, depuis, on a, par réaction, beaucoup trop souvent attribuées à l'infection gonococcique[1] ».

Les deux observations suivantes montrent l'importance de l'accouchement pour le développement de l'infection.

Observation III

(Recueillie par le Docteur P. Soubeyran, chef de clinique dans le service de M. le professeur Tédenat).

Marie F..., 36 ans, entrée le 30 novembre 1900, salle Desault, lit n° 4.

Antécédents. — Fièvre typhoïde (?) à 11 ans, convalescence difficile. Conjonctivite de 5 à 16 ans. Réglée à 16 ans; mariée à 18 ans; deux enfants; premier accouchement normal; le second, il y a 14 ans, convalescence un peu plus longue; à la suite, pertes tantôt rouges, tantôt blanches; trois semaines après, pertes rouges plus fréquentes et plus abondantes, qui persistent durant cinq ans et deviennent douloureuses; pas de caillots. Il y a dix ans, les pertes diminuent un peu, et il apparaît des douleurs au niveau du petit bassin; quelques douleurs à la miction. Il y a cinq ans, les douleurs semblent surtout se localiser dans l'hypocondre droit: sensation d'une boule très lourde à ce niveau. Constipation opiniâtre; un peu de sang à la défécation. Il y a trois mois, les douleurs s'accentuent: pas de pertes, pas de vomissements, constipation; la malade vaque cependant à ses affaires. Il y a un mois, douleurs intolérables dans l'hypocondre gauche, s'irradiant vers la cuisse; céphalalgie, constipation, pas de vomissements, pas de douleur à la miction.

Etat actuel. — Etat général mauvais, Teint anémié, amaigrissement sensible, constipation opiniâtre.

Le ventre est ballonné, tendu, douloureux à la pression. Tumeur dure et douloureuse dans l'hypocondre droit. Au toucher, le cul-

[1] Janet; *Ann. des malad. des org. génito-urinaires*, août 1893, p. 602.

de-sac postérieur est agrandi et bombe dans le vagin ; la tumeur est fluctuante ; utérus en antéversion.

Le 2 décembre. — Opération : castration abdominale totale.

Le 3. — Douleurs calmées, pas de vomissements ; état général meilleur ; par le drain s'écoule un liquide ichoreux et inodore.

Le 7. — Premier pansement. Le cul-de-sac postérieur est entièrement cicatrisé ; il ne reste qu'un orifice pour le drain. Lavage avec le Reverdin ; il s'écoule quelques filets de pus mélangés à quelques caillots. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 14. — La malade a ses règles.

Le 20. — Col gros, rouge ; un peu de cervicite ; une ponction amène un peu de pus concret ; tampon à l'ichthyol.

Observation IV

(Recueillie par M. Lassalle, dans le service de M. le professeur Tédenat).

Léontine L..., 31 ans, entre le 21 novembre 1893, salle Desault, lit n° 6.

Antécédents. — Réglée à 18 ans ; pas de caillots ; pas de pertes blanches. Mariée depuis 7 ans.

Il y a 6 ans, trois mois après le premier accouchement, douleurs dans les reins, le ventre, accompagnées de nausées et de vomissements.

Règles régulières, quelques caillots, douleurs très fortes, pertes blanches.

Il y a un mois et demi, *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche ; dans la suite, douleurs du côté gauche.

Etat actuel. — Pâleur, amaigrissement ; anémie profonde, douleurs très fortes dans les reins et le côté du ventre. Col béant sans déchirure. Utérus déjeté à gauche.

Diagnostic. — Salpingite double, marquée surtout à gauche.

Injections antiseptiques, repos ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 28 novembre. — Laparotomie ; ablation des annexes des deux côtés. La trompe gauche adhère fortement et se rompt dans le péritoine : grand lavage à l'eau salée chaude et au phénosalyl.

Trompe droite sinueuse, cylindrique, présentant l'aspect de la salpingite catarrhale ; l'ovaire de ce côté est sain.

Examen de la pièce. — La trompe gauche, plus volumineuse, présente un abcès du volume d'un œuf de pigeon, qui s'est rompu. Les parois sont très épaisses ; en un point de la surface interne, apparaissent des franges, au sein desquelles le microscope révèle la présence de villosités choriales.

Le 10 décembre. — Pansement : un peu de pus. Les plans superficiels ne sont pas réunis.

Le 3 janvier. — La malade sort, bien que la plaie suppure toujours un peu.

Je ne discuterai point avec M. Janet jusqu'à quel point on a exagéré l'importance du gonocoque dans ces affections ; mais il me semble bien que beaucoup trop souvent, à l'interrogatoire, on retrouve quelques traces de son passage.

Quoi qu'il en soit, le gonocoque est arrivé dans les trompes ; voyons ce qu'il y devient. Je trouve à ce sujet, dans la thèse de M. Sée, la façon dont il pénètre dans les tissus et les lésions qu'il y produit. « Il ne les dissocie pas brutalement comme le font les pyogènes ordinaires, mais s'insinue paire par paire dans les fentes intercellulaires, dans les espaces conjonctifs ou lymphatiques. Il dessine ainsi des lignes irrégulières, souvent réunies en réseaux et qu'il ne faudrait pas confondre avec des chaînettes. Ces lignes se renflent en amas partout où le tissu le permet. Dans les espaces un peu larges, les microbes forment des groupes représentant de vraies colonies avec des signes de prolifération et d'involution.

Enfin partout où sont arrivés des leucocytes, les gonocoques se voient en grand nombre dans leur protoplasma, où ils auraient pénétré activement suivant Finger, mais qui, bien plus probablement, les a englobés [1] ».

[1] M. Sée, le Gonocoque. Thèse 1894, pag. 202.

L'infection reste parfois cantonnée pendant longtemps sur la muqueuse ; mais le danger n'est pas moins grand, quoique peut-être les symptômes graves en soient retardés. « Le gonocoque a été plus difficilement décelé dans les différentes couches de tissu qui composent la trompe utérine. Cependant Wertheim l'aurait rencontré dans la muqueuse et dans la tunique musculeuse. D'après Reymond c'est à la surface de la muqueuse, dans une couche purulente, composée d'un grand nombre de leucocytes et de quelques cellules desquamées, que ce microorganisme est le plus abondant. Il siège dans les cellules épithéliales desquamées, dans les leucocytes et aussi parfois entre les cellules [1] ».

Ce pus des trompes pourra s'écouler par l'ostium utérin. Et alors, si l'inflammation est légère on aura de la peine à diagnostiquer la salpingite, car les trompes pourront ne pas être douloureuses ; on traitera la malade pour une métrite ; et il va sans dire qu'elle aura peu de chances de guérir. Elle supportera un long et inutile traitement jusqu'au jour où, la lésion tubaire s'aggravant, de nombreux symptômes viendront aider à compléter le diagnostic.

Plusieurs cas peuvent se produire. « L'infection blennorrhagique donne parfois lieu à des accidents beaucoup plus graves, amène d'emblée la suppuration des trompes, qui s'enkyste ou se propage au petit bassin[2] ». Si donc cette masse de pus s'enkyste, on aura une tumeur qu'il sera facile de reconnaître par l'exploration vaginale ou rectale. Si le pus a trouvé passage dans le pavillon, le danger sera encore bien plus grand, étant donné qu'il ira dans le péritoine. Dans ce cas, des symptômes alarmants de péritonite aiguë feront appeler en toute hâte le médecin, qui bien souvent sera dans l'impossibilité d'être utile à sa malade.

[1] Pozzi. *Traité de gynécologie*, pag. 659.

[2] Pozzi. *Traité de gynécologie*, p. 658.

Enfin il peut y avoir une véritable infection généralisée par les lymphatiques et les veines. « J'ai vu, dans un cas, se développer d'une façon foudroyante une véritable pyohémie blennorrhagique, avec des foyers de suppuration multiples et indépendants, disséminés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans l'épaisseur du mésentère. Il existait une vaginite intense avec pyo-salpingite[1]. »

Un autre danger, auquel est exposée la malade, c'est la rupture de la trompe.

La suppuration peut marcher lentement ou vite. Elle commence par modifier la muqueuse, en épaissit les replis, qui sont infiltrés de sérosités ; les cils vibratiles sont tombés et les cellules épithéliales sont déformées. L'infiltration gagne le tissu conjonctif et la couche musculeuse, et si ce processus est violent, il peut finir par perforer la paroi et arriver dans le péritoine. Si l'inflammation a marché lentement, des adhérences auront eu le temps de se former et la malade sera encore garantie par l'enkystement de cette péritonite localisée autour de la trompe.

Les adhérences pourront même envahir tout le petit bassin, comme dans le cas suivant. Tous les organes sont peu à peu recouverts de tractus fibreux : les douleurs sont de plus en plus vives, et quand on intervient, l'opération est en général longue et difficile.

Observation V

Recueillie dans le service de M. Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique.

Joséphine D..., 32 ans, fleuriste, entre salle Desault, lit n° 10, le 30 janvier 1901, souffrant du ventre.

A un frère bacillaire. Sa mère a eu un enfant mort.

[1] Pozzi. *Traité de gynécologie.* p. 658.

Antécédents, s'enrhume facilement. A eu un enfant, il y a 13 ans; une bartholinite, il y a 10 ans, pas de blennorrhagie, ni de syphilis. Crises de constipation douloureuses, assez fréquentes, durant quelques jours, avec douleurs abdominales.

Il y a trois mois environ qu'elle souffre dans le ventre, avec constipation intense ; mais depuis six jours, les phénomènes ont un caractère plus aigu, la cuisse droite est douloureuse et une tumeur est apparue au dessus du pubis.

Etat actuel. — Nerveuse, faciès amaigri, constipée, prend tous les jours des lavements. Elle tousse et eut une hémoptysie, il y a 3 mois. Cœur, second bruit sourd. Elle urine assez souvent, surtout la nuit (4 fois).

Réglée à 13 ans. Il y a trois ans que les règles sont plus abondantes, régulières, douloureuses, sans caillots. Leucorrhée peu abondante.

Examen. — Abdomen douloureux dans sa partie inférieure, mais peu augmenté de volume à la vue. Une tumeur dure, à bords nets, fait saillie au-dessus du pubis, c'est l'utérus. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on sent de nombreux exsudats. Pas de fièvre.

Traitement. — Maillot de Priessnitz, deux suppositoires et deux lavements chauds par jour.

Le 5 février. — Au *toucher*, on sent un peu d'œdème dans le cul-de-sac antérieur. Cette tumeur était constituée par de l'œdème inflammatoire du tissu sous-périnéal. Le col regarde en avant ; il y a un peu d'endocervicite. Le cul-de-sac gauche est assez profond avec un peu d'induration. Le droit est garni de masses dures, avec bourrelet d'œdème.

Le 14. Elle a beaucoup souffert dans la nuit.

Le 16. *Opération.* — Voie abdominale. Incision da la paroi sous-ombilicale et médiane, de 12 centimètres. Les anses intestinales sont pelotonnées, adhérentes, et au milieu d'un foyer purulent (un verre à bordeaux 1/2 de pus). Au niveau de la vessie, nombreuses adhérences imprégnées de pus.

On protège l'intestin par de grandes compresses pour s'occuper des annexes. Décortication des annexes gauches, qui sont enlevées en masse ; ligature de l'ovarienne au fil de lin, l'utérine ne donne

pas et est invisible. A droite, un kyste se rompt. On décolle très péniblement les annexes, qui adhèrent partout. L'utérine ne donne pas plus que de l'autre côté; on finit par la trouver, très épaissie, au milieu d'un tissu friable, elle donne un petit jet flasque ; on la lie au fil de lin.

Entre le col, le vagin et la vessie, on trouve un tissu de cellulite très épaissi, dur et friable, le ciseau crie en le coupant, les pinces ne tiennent pas. Enlèvement total de l'utérus. On aperçoit l'utérine gauche, qu'on a beaucoup de peine à pincer, le tissu étant très friable. On laisse des pinces à demeure.

On laisse dans le ventre, en haut, une compresse aseptique, en bas, une mèche de gaze, qui ressort par le vagin, 4 pinces à forcipressure, suture de la paroi au fil d'aluminium, pansement à la gaze iodoformée.

Après l'opération, le pouls est à 112, on fait un litre de sérum avec 0 gr. 002 de strychnine.

Le 10. Elle ne souffre pas, mais est affaiblie, fait mauvaise impression. On fait le premier pansement. On enlève les pinces, on met des compresses humides.

Description des pièces. — Utérus. Un peu augmenté de volume, dur, sclérosé, mais en même temps friable.

Annexes droites : Augmentées de volume, comme une petite mandarine, on sent la poche d'un petit kyste rompu.

Annexes gauches : On trouve un petit kyste de l'ovaire à parois épaisses ; le contenu est jaunâtre, épais, comme du mastic.

Le 23. Elle a une escharre sacrée, comme une pièce de 2 francs.

Le 28. Elle se sent bien mieux.

Le 4 mars. — Elle dort un peu et s'alimente.

Le 16. La plaie abdominale est complètement fermée.

Le 20. Elle commence à se lever.

Le 26. Elle sort en bon état.

Mais si la marche a été rapide, la grande quantité de pus s'écoulant tout à coup dans le péritoine, déterminera une péritonite aigue qui emportera rapidement la malade.

Et l'on peut dire que partout se trouveront des gonocoques. En voici une observation que donne Bumm[1].

« On ne trouve qu'une seule observation de Wertheim dans laquelle toute la paroi de la trompe était infiltrée de nombreux globules de pus, qui l'avaient traversée de ci et de là, et venaient se mettre en rapport avec une grande masse de pus collectée sur la séreuse. Partout où les globules de pus étaient accumulés, aussi bien sur la séreuse que dans la sous-séreuse et dans les couches profondes du tissu conjonctif, souvent dans la coque même des globules de pus, et même dans les replis épithéliaux de la muqueuse, on trouvait de nombreux gonocoques intracellulaires. Cette malade était venue pour se faire opérer trois mois après l'infection ». Il est fort probable que la littérature médicale possède d'autres observations de ce genre.

Si, grâce aux traitements qu'on lui fait suivre, la malade guérit, quel sera son état?

Dans la majorité des cas elle sera inféconde. L'inflammation, en effet, a transformé en un nouveau tissu de cicatrice la trompe entière, la lumière est obstruée, et si les deux étaient atteintes la stérilité en est fatalement la conséquence.

Une question se pose à l'esprit. Qu'arriverait-il si une seule trompe était atteinte et guérissait ainsi par enkystement et sclérose, et qu'une grossesse survînt après ? Il me paraît logique de penser que cette grossesse serait un danger pour la femme. En effet, les modifications physiologiques que subit tout l'appareil génital pendant la grossesse ne laisseraient pas de retentir sur la trompe guérie, d'où danger de raviver les gonocoques endormis et de les voir arriver soit dans l'utérus, ce qui fatalement déterminerait l'avortement, soit dans le péritoine.

[1] Veit, *Handbuch der Gynækologie*; p. 453.

Mais les salpingites gronococciques peuvent-elles guérir? Contrairement à l'opinion de Reymond, qui affirme que non [1], je trouve dans Veit[2] l'observation suivante :

« Voyage de noce en Suisse. Cinq jours après le mariage, écoulement purulent, et après un voyage plus long en chemin de fer, douleurs abdominales. A l'occasion d'une petite ascension, les douleurs deviennent si violentes que la malade a de la peine à regagner son hôtel. Je trouve alors, 16 jours après le mariage, chez le mari, un écoulement purulent de l'urèthre assez fort et jaune; chez la femme, les organes génitaux ont rougi et sont sensibles : un flot de pus s'écoule de l'urèthre et du col; les mouvements sont rendus impossibles par les violentes douleurs qu'elle éprouve dans tout le bas du corps; il n'y a plus de fièvre. Pendant l'anesthésie, on sent l'utérus en antéflexion, les trompes sont devenues deux cordons durs, la droite est noueuse et épaissie, et, quoique anesthésiée, la malade souffre quand on presse dessus. Trois semaines plus tard, par le repos et la glace, la douleur a si bien cédé que la malade peut reprendre son voyage et s'en retourner. Six mois après, on ne retrouve plus rien dans les annexes; pas de bains; du col s'écoule encore un peu de pus contenant du gonocoque ; malgré le traitement, il existe encore un peu de sécrétion chez le mari. Une grossesse est survenue, et vingt-et-un mois après le mariage, la malade accouche normalement ».

Donc, voilà d'après Bumm, une malade qui a guéri et qui

[1]. Reymond. Thèse Paris, 1895 p. 84. Que devient une salpingite de cette forme (salpingite gonococcique). Et d'abord peut-elle guérir ? Nöggerath a depuis longtemps conclu par la négative : Noble Smith est aussi sévère : il ne croit pas qu'on ait jamais vu une salpingite gonococcique guérir, « car une trompe oblitérée ne peut plus devenir perméable, » dit-il, « la blennorrhagie détermine toujours l'occlusion du pavillon, sauf dans les cas où la propagation a été si rapide qu'il s'ensuit une péritonite mortelle ».

[2]. Veit. Handbuch der Gynœkologie. p. 481.

cependant avait bien une salpingite bilatérale et d'origine gonococcique. Elle a pu concevoir et mener à terme sa grossesse. Pour cela, il fallait bien des organes en bon état, cette muqueuse tubaire que le gonocoque détruit si facilement, était donc revenue à son état normal. Comment l'expliquera-t on ? Bumm lui-même se pose la question mais ne la résout pas. « Personne n'a, en effet, ouvert le ventre dans ces cas de guérison », dit-il..... «..,.. de quelle façon le pus formé s'est résorbé et comment la muqueuse des trompes est revenue à l'état normal, ce n'est pas facile à dire ni à comprendre ». Et que devient le gonocoque dans ce cas ? Supposera-t-on qu'il disparaît ? Cependant, dans d'autres cas, il reste latent et ne manifeste sa présence que de nombreuses années plus tard. Comment a-t-il pu disparaître si vite ? Ce sont là tout autant de questions auxquelles il est bien difficile de répondre.

Les désordres que produit ce microorganisme dans l'appareil génital féminin ne s'en tiennent pas là, et il se produit très souvent dans la suite une infection mixte. Reymond dit : «.... il est une influence créée par le gonocoque, encore mal connue, mais non douteuse ; il dispose les tissus à subir plus facilement une infection secondaire....» et, plus loin, «.... c'est pour les microbes non pathogènes que cette influence est le plus marquée. Le microbe qui aurait été incapable de vivre seul dans la trompe, s'y développe à la suite du gonocoque[1] ». M. Sée parle aussi en ces termes de cette infection mixte : « Le rôle des infections associées est mal connu. Il semble que le gonocoque crée dans les organes une réceptivité spéciale pour des microbes d'infection secondaire. Ceux-ci peuvent se joindre à lui et le supplanter ensuite pour prolonger ses effets ou en créer de différents.[2] »

[1] Reymond. Thèse Paris, 1895, pag. 95.

[2] M. Sée, le Gonocoque. Thèse 1894, pag. 203.

Voilà donc un microbe qui non seulement produit à lui seul des désordres irréparables, mais encore favorise le développement d'autres germes, qui, associés à lui, viennent l'aider à compléter son œuvre de destruction. Ne peut-on pas de cette façon expliquer le développement de ces tumeurs plus ou moins kystiques que l'on trouve dans les trompes ou les ovaires ? La thèse me paraît défendable, surtout si l'on considère que, par un interrogatoire minutieux, on peut quelquefois retrouver des traces d'une ancienne infection gonococcique : mictions cuisantes, pollakiurie nocturne, pertes blanches, etc., sont des signes que la malade dit quelquefois avoir présentés il y a plusieurs années.

Cette infection mixte se ferait souvent au moment de l'accouchement, d'après Pozzi : « Chez les femmes atteintes de blennorrhagie, au moment de la parturition, il se fait, semble-t-il, une sorte d'infection mixte, puéro-gonococcique, qui explique comment la métro-salpingite est si fréquente en pareil cas [1] ». Et Bumm dit ceci : « Dans les lochies, du 2e au 5e jour, on trouve des gonocoques en masse : presque toujours les autres microbes manquent ; mais cette pullulation du gonocoque dure peu : en deux ou trois semaines elle est passée [2] ».

[1] Pozzi. *Traité de Gynécologie*, pag. 660.
[2] Veit. *Handbuch der Gynœkologie.*

CHAPITRE III

« On le sait aujourd'hui, si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une oophoro-salpingite comme centre que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus, ligaments larges, culs-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien [1] ».

Tel est donc le point de départ de l'inflammation ; il est évident qu'on ne peut accuser les lymphatiques ni les veines de transmettre l'infection : le pus doit, en effet, suivre tout naturellement la voie qui lui est ouverte, *voie de continuité muqueuse* , c'est-à-dire passer par le pavillon, si toutefois l'inflammation n'a pas fermé cette porte, ce qui se présente dans certains cas.

Dès que l'affection est un peu ancienne, la trompe gonococcique se trouve déplacée et vient tomber derrière l'utérus, dans le Douglas, où elle contracte des adhérences.

Dans cet état, la malade court d'autres dangers. Le pus, en effet, est arrivé sur le péritoine : quand l'infection est ancienne et en est arrivée là par petites poussées successives, de nombreuses adhérences ont eu le temps de s'établir ; seul, le péritoine du petit bassin sera touché, la plupart du temps en partie seulement, et la péritonite, localisée, quoique douloureuse, ne sera pas trop dangereuse.

[1] Pozzi, *Traité de Gynécologie*, p. 740.

L'observation suivante est un exemple de ces envahissements successifs. A l'opération, on trouve le petit bassin plein d'adhérences et des ovaires qui ont été transformés en tissu scléreux.

Observation VI

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. P. Soubeyran, chef de clinique.

Pauline D..., 25 ans, profession irrégulière (F. s.), entre le 7 février 1901, salle Desault, lit 7.

Antécédents. — Pas de blennorrhagie (?) pas de syphilis, pas d'éthylisme (?)

Elle fut opérée d'une fistule à l'anus à Toulouse, elle souffrait à ce moment-là du ventre, on lui fit des pointes de feu sur la paroi abdominale, elle n'avait rien senti depuis.

Il y a dix jours, dans le ventre et dans les reins sont apparues des douleurs, en même temps que de la courbature généralisée et de la fièvre. Le 3 février, les règles ont apparu et les douleurs ont augmenté.

Elle fut réglée à 11 ans, règles abondantes, rouges, avec caillots sans douleur. A eu une grossesse, l'enfant est vivant.

Etat actuel. Anorexie, pas de constipation ; urine sans douleur une fois la nuit et deux fois le jour. L'abdomen n'a pas augmenté de volume, il est souple. Douleur à la pression légère ou profonde, généralisée à tout le bas-ventre.

Le 13 février. Au toucher, l'utérus est en légère rétroversion, col fléchi en avant, fendu transversalement, béant, avec quelques granulations, surtout sur la lèvre postérieure. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent de l'induration, et à droite, les annexes prolabées et très douloureuses à la moindre pression. On sent dans cette masse totale, où les annexes gauches participent aussi, les flexuosités noduleuses de la trompe.

Lavage vaginal au phénosalyl, lavage utérin, tampons d'ichthyol, Dans la suite, on applique le Priessnitz et on emploie des injections très chaudes.

Le 10 mars. Elle sort non guérie, on sent encore les annexes.

Le 4 juin. La malade revient dans le service, lit 22. Un mois après sa sortie, les douleurs sont revenues aussi violentes qu'autrefois. Tout le ventre, les reins, les jambes sont très douloureux. Les règles, revenues deux fois avec caillots, sont douloureuses. La malade perd tous les jours en blanc, elle ne mange que très peu, est constipée. Au toucher, la trompe gauche est volumineuse, douloureuse, les annexes droites sont moins atteintes.

Le 11, opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Annexes adhérentes, difficiles à disséquer surtout à gauche. Après dissection du péritoine de la face antérieure de l'utérus, section médiane, et ablation totale de cet organe ainsi que des annexes de chaque côté. Drainage à la gaze par le vagin. La malade n'a pas perdu du sang.

Pièces anatomiques. Utérus un peu gros, mou et allongé ; ovaires scléro-kystiques ; trompe gauche violacée, dilatée, grosse comme le pouce. Trompe droite comme le petit doigt.

Le 18. Une selle par jour ; faciès bon, elle ne souffre plus ; au pansement, la suture est bonne, seul un point inférieur a un peu suppuré.

Le 25. La malade dit être dans un excellent état.

Dans certains cas, les lésions ne s'aggravent pas et l'on peut considérer la malade comme guérie.

Ce mode de guérison s'obtient par les adhérences que déterminera le pus au fur et à mesure de son arrivée, et cette guérison pourra se maintenir. Il est vrai, cependant, qu'il en résulte des désordres. Toute la masse des organes du petit bassin est, en effet, immobilisée dans des positions plus ou moins variées, mais pathologiques, qui entraînent différents désordres, souffrances, constipation, dysménorrhée, stérilité, etc.

Dans l'observation qui suit on peut relever tous ces troubles. L'infection s'est établie lentement, des adhérences se sont faites et la malade arrive à des souffrances très vives, qui l'empêchent de vaquer à ses affaires.

Observation VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. Jouve, externe).

Marie O.., 27 ans, entre salle Desault, n° 20, le 22 novembre 1897.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, écoulement abondant, quelques douleurs au début, pas de leucorrhée. Mariée à 20 ans ; un accouchement il y a 2 ans ; suites de couches normales ; depuis, la menstruation est irrégulière, manquant 1 ou 2 mois ; leucorrhée très abondante.

Il y a un an, elle entra à l'hôpital, où elle fut soignée pendant un mois et demi pour une affection salpingo-ovarienne. Elle sort et reste guérie pendant six mois.

Il y a cinq mois, douleurs vives, lancinantes dans la région lombaire, dans le bas-ventre et les cuisses ; leucorrhée abondante. A plusieurs reprises le ventre se tuméfie et devient très douloureux ; quelques vomissements, pas de fièvre. Constipation habituelle, selles douloureuses, urination normale.

Etat actuel. — Etat général bon. La malade souffre d'une façon continue dans la région sacro-lombaire, et ne peut se livrer à aucune espèce de travail. Pertes blanches très abondantes ; syncopes fréquentes. Vagin normal, col un peu à gauche, corps incliné à droite, trompe droite épaissie, voluteuse ; ovaire un peu mobile. Cul-de-sac gauche libre : mais on sent la trompe épaissie, moins voluteuse que la droite.

Diagnostic. — Latéro-flexion droite et salpingite droite — adhérences.

Le traitement consiste en des pansements intra utérins et des séances de massage ; mais comme il ne donne pas de résultats on propose à la malade l'opération radicale, qu'elle accepte.

Le 8 janvier 1898. Opération. Castration totale par la voie vaginale, procédé de Doyen : durée un quart d'heure environ.

Pièces anatomiques. — La trompe est spiroïde, volumineuse, avec des points correspondant à des adhérences rompues. Sur l'ovaire, des points analogues, et, à sa surface, de menus kystes. Utérus normal, muqueuse ramollie, dans les angles tubaires surtout. A la

surface externe, points hémorrhagiques, siège d'adhérences déchirées. Sur la trompe droite on trouve des débris d'épiploon ; sur la gauche quelques nodules fibroïdes.

Le 10. On enlève les pinces, on change la gaze extérieure.

Les jours suivants, apyrexie.

Le 25 février. Douleurs abdominales qui nécessitent une piqûre de morphine ; céphalalgie violente.

Le 26. La malade a éprouvé dans la nuit une sensation de chaleur très accentuée : elle a dit s'étouffer : au bout de dix minutes, cris, surexcitation nerveuse très marquée. La malade serre les poings et tape sur son lit. Durée de la crise une demi-heure, qui se termine par des pleurs abondants. Au matin, la malade est quelque peu fatiguée et accuse de la pesanteur dans la région abdominale.

Le 2 mars Quelques crises moins fortes que la précédente : céphalée assez violente, appétit diminué ; constipation, urination normale.

Le 6. Aucun trouble, la malade se sent bien.

Le 11. La malade sort; elle ne sent que quelques vagues douleurs abdominales qui l'empêchent pour le moment de vaquer à ses affaires, mais qui tendent à disparaître.

Mais, dans les cas où le pus est arrivé rapidement, il n'a pas eu le temps de se limiter : les dangers, les lésions sont alors bien plus graves.

Et tout d'abord, le plus grand danger c'est la péritonite généralisée, contre laquelle nos moyens médicaux ou chirurgicaux sont bien souvent insuffisants.

A ce sujet il me souvient d'une malade dont je regrette de n'avoir pas l'observation. Elle était en traitement pour métrite gonococcique dans la salle Desault, au lit 13 ou 14, au mois de mars ou d'avril dernier. Comme elle allait beaucoup mieux, elle obtint la permission de sortir en ville pendant une après-midi. Son premier soin fut d'aller coïter, et à plusieurs reprises.

Peu après son retour, le soir, à l'hôpital elle fut prise de douleurs, de ballonnement abdominal, elle passa la nuit

à souffrir : les vomissements apparurent aussi bientôt. Le lendemain matin, quand M. le professeur Tédenat arriva, il s'empressa de l'opérer, mais il était trop tard : le péritoine était plein de pus et la malade mourut dans la nuit suivante.

Il est probable que les traumatismes déterminés par quelque coït violent avaient rompu une poche de pus, développée dans la trompe, et celui-ci, s'étant déversé dans le péritoine, avait produit cette péritonite rapidement mortelle.

Si le pus se cantonne dans la partie la plus déclive du péritoine pelvien, les culs-de-sac de Douglas, il y détermine une poche qui forme tumeur dans le vagin et que l'on reconnaît facilement par le toucher. C'est là un cas fréquent et l'on peut soulager et guérir la malade par une intervention bénigne en empruntant la voie vaginale.

Mais il est un danger plus grand, c'est l'ovarite. Les organes du petit bassin sont fixés dans le Douglas par les adhérences que le pus gonococcique a provoquées. Ce pus peut, en s'écoulant, toucher les ovaires et provoquer leur inflammation « Le plus souvent, l'ovarite a son point de départ dans une périovarite localisée, une péri-oophorite, et l'altération gagne de la périphérie au centre [1]. » — « Presque toujours, l'ovarite est consécutive à la périovarite [2] ».

Dans ce cas l'infection détermine de la sclérose périphérique, et cette sclérose peut pénétrer de plus en plus profondément jusqu'à destruction complète de l'organe. Mais, bien que le gonocoque produise cette lésion, d'après Reymond on ne le trouve jamais. «Nous n'avons, pour notre

[1] Pozzi. Traité de gynécologie, p. 673.

[2] M. Sée. Le gonocoque, page 158.

part », dit-il, « jamais trouvé de gonocoque dans un abcès de l'ovaire ni dans une coupe quelconque de cet organe ; nous n'avons même jamais vu de kyste de l'ovaire devenir purulent quand la salpingite était causée par le gonocoque à l'état de pureté. Les lésions que nous avons trouvées du côté de l'ovaire sont les suivantes : sclérose de la périphérie pouvant s'expliquer par l'inflammation que détermine le pus en s'écoulant du pavillon, et formation de nombreux kystes folliculaires dans l'enveloppe de l'ovaire [1] ».

Le fait est donc bien net : l'ovaire s'enflamme à sa surface parce qu'il est touché par le pus qui passe sur lui en s'écoulant de la trompe ou bien parce qu'il baigne dans le pus qui s'est déjà écoulé dans les replis du Douglas. La lésion progresse vers le centre, et l'ovaire tout entier sera transformé en une grande masse de tissu de sclérose. C'est donc un organe mort.

A côté de ces ovarites gonococciques, qui se limitent souvent au plan superficiel de l'ovaire et se caractérisent par une sclérose corticale et des adhérences, il existe une ovarite profonde déterminée le plus souvent par le staphylocoque et surtout par le streptocope.

Ces microbes, dont la pullulation et l'invasion sont favorisées par la gonococcie antérieure ou concomitante, empruntent de préférence la voie lymphatique. Ils peuvent infecter les lymphatiques et le tissu connectif des ligaments larges, déterminer ainsi le phlegmon simple ou la suppuration des gaines hypogastriques ou de la gaine de l'artère ovarienne. Quand ils atteignent les lymphatiques qui sont au niveau du hile de l'ovaire, ils peuvent envahir par marche récurrente les lymphatiques du centre de l'ovaire et produire ainsi de gros abcès ovariens centraux. Ainsi s'expli-

[1] Reymond. Thèse Paris 1895, p. 94.

quent les abcès ovariens indépendants de toute lésion tubaire comme on en voit à la suite de certaines streptococcies puerpérales ou opératoires.

Reymond a bien montré le mécanisme suivant lequel se forment ces abcès de l'ovaire, et nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas dans le service de M. Tédenat.

Nous n'insisterons pas sur le phlegmon du ligament large, qui est rarement de nature gonococcique.

CHAPITRE IV

Les symptômes de la salpingite blennorrhagique varient beaucoup. Il y a certaines formes légères présentant les caractères de ce qu'on appelle *inflammation catarrhale*. L'infection est bénigne : elle ne pénètre pas profondément les parois tubaires, ne ferme pas, ou ne ferme qu'incomplètement le pavillon. Il y a peu ou pas d'adhérences, les malades ont des pesanteurs au bas-ventre, dans la région lombo-sacrée, quelquefois elles éprouvent dans la fosse iliaque une sensation de cuisson ou de brûlure qui semble indiquer un certain degré d'ovarite. Le repos, l'abstention de coït, des laxatifs, des injections chaudes, des tampons d'ichthyol, des bains de siège suivant le mode indiqué plus loin, l'application du maillot humide de Priessnitz, amènent souvent une guérison au bout de peu de mois, qui peut suffire pour que les malades deviennent mères.

A côté de cette forme catarrhale, où il y a peu ou point de sclérose, est une forme caractérisée par un épaississement dur, scléreux, des trompes, qui présentent souvent dans le tiers moyen des nodosités *(salpingitis nodosa)*. Il y a de la périovarite scléreuse et des adhérences, et on sent par l'exploration combinée la trompe dure, flexueuse, à peine augmentée de volume, une ou plusieurs nodosités peu volumineuses, et avec de telles lésions on voit des malades qui souffrent beaucoup, d'autres qui ne souffrent presque pas, sauf un peu avant les règles. La différence dans le degré des

douleurs peut s'expliquer par la manière dont sont disposées les adhérences, par l'épaisseur de la sclérose périovarienne. On conçoit en effet que la turgescence prémenstruelle amène une sorte d'étranglement par le fait de la périovarite scléreuse ou adhésive, et cela explique aussi ces douleurs survenant huit ou dix jours avant la menstruation et cessant ou diminuant dès que le flux sanguin se produit (*intermenstrual pains* de Palmer, *Mittelschmerzen* des Allemands, *douleurs intercalaires* de beaucoup d'auteurs français).

Dans bien des cas, les adhérences de l'épiploon semblent donner lieu à des douleurs particulièrement violentes, et j'en ai vu plusieurs dans le service de M. Tédenat.

En voici un entre tous.

Observation VIII.

Antoinette D..., 25 ans, entre salle Desault, lit 5, le 7 mai 1901, pour une tumeur abdominale

Antécédents. Jamais malade, jamais d'écoulement, jamais souffert en urinant. Il y a six mois, elle s'aperçut qu'elle avait des douleurs lancinantes dans le ventre, légères et de peu de durée. Pas d'autres troubles, ne s'est pas aperçue que son ventre grossit, elle n'a pas maigri, a bon aspect. Appétit diminué.

Une selle tous les jours. Urine sans douleur, un litre, pas dans la nuit.

Réglée à 17 ans, très irrégulièrement, d'habitude elle a quelques caillots, pas de leucorrhée, mariée il y a trois ans, pas de grossesse.

Examen local. Le col regarde en haut, culs-de-sac occupés par une tumeur qui entraîne l'utérus dans ses mouvements. A la palpation, on trouve du côté droit une tumeur dure, bosselée, indolore, comme la moitié du poing. A gauche, tumeur analogue mais plus petite.

Le 17 mai, opération. Anesthésie au mélange d'éther et de chloroforme. Incision sous-ombilicale médiane. L'épiploon adhère à la paroi. On pince la trompe droite, qui éclate et un pus jaunâtre

s'écoule ; ablation, ligature du pédicule. La gauche adhère au fond du Douglas. Pour l'amener il faut fendre l'utérus, qui adhère au péritoine sur sa face antérieure. Ligature des utérines. Ablation de la trompe. Puis ablation des trois quarts de l'utérus, cautérisation du col au thermocautère. Suture de la paroi, drainage.

Le 17. La malade a bon aspect, souffre un peu du ventre, n'a pas dormi, a uriné 750 grammes.

Le 20. Premier pansement. La plaie a bon aspect, pas de pus. La malade a un peu souffert, pas de fièvre, une selle. On laisse la mèche de gaze.

Le 23. Second pansement. Pas de pus. On enlève la gaze : injection vaginale ; le ventre est souple et indolore à la palpation.

Le 31. La cicatrice est réunie sauf à la partie inférieure, mais sous cette cicatrice il y a un peu de pus. Curettage et lavage au chlorure de zinc.

Le 20 juin. La plaie bourgeonne bien; les téguments sont séparés.

Le 15 juillet. La malade sort guérie.

Il est probable dans ce cas que les adhérences de l'épiploon étaient la grande cause des douleurs, car les lésions tubo-ovariennes étaient indolores à la pression.

Mais il faut aussi tenir grand compte de l'état général des malades. Les neuroarthritiques souffrent beaucoup, et d'autres peu. Le traitement général reconstituant, les sédatifs du système nerveux, les bains de siège, les frictions sèches sur tout le corps, les traitements thermaux adaptés aux différents états constitutionnels des malades, Salies, Balaruc, Néris, Saint-Sauveur, donnent, en remontant la santé générale des malades, une amélioration énorme au point de vue des douleurs. Et l'on peut ranger dans cette catégorie la malade dont voici l'observation.

Observation IX

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. Soubeyran, chef de clinique

Mme Ve R.., 30 ans, ménagère, entre le 29 avril 1901, salle Desault, lit 29.

Antécédents. Un peu d'anémie avant l'instauration des règles : réglée à 16 ans ; se marie un mois après et se trouve mieux. Elle a son premier enfant à 17 et demi et en a eu, dans la suite, un tous les deux ans ; a eu une fausse couche de deux mois, il y a 10 ans. Elle souffre du ventre depuis 9 ans, elle semble avoir eu à cette époque une infection puerpérale. Depuis, les pertes blanches et les douleurs n'ont guère cessé Le dernier accouchement date de 5 mois, elle a été prise après de métrorrhagies continuelles qui ont duré 3 mois. Actuellement, elle perd tous les 15 et même tous les 8 jours ; dans l'intervalle, elle perd en blanc. Elle digère mal avec pesanteur, face rouge et céphalée ; très constipée, a beaucoup maigri, urine peu souvent, mais avec un peu de cuisson. Elle a nourri tous ses enfants.

Examen. Vagin normal, lèvre antérieure du col œdématiée, utérus mobile, tendant à la rétroversion ; on sent une masse dans les annexes gauches.

Injections vaginales, Priessnitz, ergotine et quinquina, bains de siège chauds.

Le 20 mai. Elle souffre beaucoup moins du ventre, les pertes ont disparu, mais elle reste très nerveuse et agitée.

Le 18 juin. Se plaint d'anorexie ; toujours constipée ; ne souffre pas dans le dos ni dans le ventre. Une pilule de cascara sagrada à chaque repas.

Le 20. Pansement utérin, attouchement du col granuleux, avec l'ammoniaque, tampons d'ichthyol.

Le 3 juillet. La malade souffre encore dans les reins et la jambe droite.

Cette malade est de celles que l'on classe quelquefois, à la suite d'un examen superficiel, parmi les nerveuses. Mais le

diagnostic étiologique étant sûrement établi, les reconstituants la rendent à la gynécologie.

Il y a aussi des formes avec accumulation de sérosité ou de pus, hydro-pyosalpinx qui, au lieu d'évoluer avec de la douleur et de la fièvre, vont sourdement ; les malades éprouvent un vague malaise, continuent leur travail [1], et on est tout surpris de trouver d'énormes pyosalpinx qui sont presque toujours stériles. Il faut noter que ces énormes pyosalpinx, habituellement adhérents, peuvent l'être très peu ou même pas du tout.

Toutes les fois qu'une malade, ayant de la métrite, commence à éprouver une douleur quelque peu intense dans le bas-ventre ou la région sacro-lombaire, il faut cliniquement conclure à l'invasion des trompes, et dès ce jour commencer le traitement.

Il y a quelques années, on pensait que la première chose à faire, c'était de désinfecter l'utérus par un bon curettage : mais on en est revenu, car on s'est aperçu qu'il avait pour conséquence une poussée très nette d'aggravation de la salpingite. Actuellement, on préfère les irrigations avec une solution chaude de permanganate à 1/4000, de protargol à 2/1000, suivies de badigeonnage avec la liqueur de Battley ou de la glycérine créosotée au 1/3.

Le drainage de l'utérus avec le tube métallique de Lefour, ou une mèche de gaze iodoformée, rend des services. En même temps qu'on fait ce traitement de lavages et d'applications antiseptiques permanentes, il faut calmer les douleurs, diminuer la congestion de l'utérus, prévenir la coprostase, à laquelle beaucoup de ces malades sont prédisposées.

Pour calmer les douleurs, l'opium à l'intérieur a le tort de

[1] Veit. *Handbuch der Gynœkologie*, p. 481-482. « Elles ne sont pas sérieusement malades mais non plus bien portantes, malgré que leurs florissantes couleurs et un certain embonpoint leur donnent l'aspect d'une parfaite bonne santé. »

constiper, et, suivant la plupart des gynécologues anglais, américains, français, il doit être proscrit. Dans le cas de douleurs très vives, on pourra, occasionnellement, faire des piqûres de morphine, ou donner 1 centigramme dans 4 grammes d'eau avec la seringue de Berdin.

Le petit vésicatoire, au besoin répété, dans la région iliaque, exerce une action sédative incontestable ; mais le vésicatoire ordinaire expose à l'infection par les lymphatiques, et cela doit le faire rejeter. Je n'en veux pour preuve que cette observation, dans laquelle de larges vésicatoires appliqués sur les régions douloureuses ne procurent aucun soulagement et déterminent une forte lymphangite.

Observation X

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. P. Soubeyran chef de clinique.

Laure L..., 24 ans, ménagère, entrée le 21 mai 1901. Salle Desault. Lit n° 10.

Antécédents. — La malade a été faible et anémique jusqu'à 16 ans, époque à laquelle les règles sont arrivées. Mariée il y a 7 ans, elle fut prise, quinze jours après son mariage, de douleurs dans le ventre avec vomissements porracés ; un écoulement blanc verdâtre purulent apparut avec mictions cuisantes. La malade fut traitée pour péritonite (glace sur le ventre, pansement vaginal), elle garda le lit pendant deux mois; depuis lors, elle a toujours souffert du ventre.

Il y a cinq ans, survint une grossesse : les pertes blanches continuèrent, et elle eut deux hémorragies : l'une à cinq mois, l'autre à sept mois. L'accouchement fut normal, mais la malade fut longue à se remettre.

Il y a 18 mois, des douleurs très fortes survinrent, intermittentes, changeant d'un côté à l'autre, laissant parfois des semaines de repos.

Etat actuel. — La malade a beaucoup maigri, est constipée,

urine facilement mais peu. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, s'irradiant aux cuisses. Les pertes blanches sont devenues plus fortes. Fin avril, un docteur lui fit appliquer d'immenses vésicatoires sur le ventre qui soulagèrent un peu le côté droit, mais la douleur persista à gauche. La peau de l'abdomen est irritée par ces vésicatoires ; la fosse iliaque droite est très douloureuse à la pression. Le col est gros et rouge avec érosions multiples et violacées ; on sent dans le vagin les annexes droites.

Le 5 juin. — Lavage vaginal et utérin au Reverdin ; mèche de gaze imprégnée de glycérine dans l'utérus. Bain général alcalin pour combattre la lymphangite déterminée par les vésicatoires.

Le 13. — Opération. Anesthésie à l'éther. Curettage, colpotomie postérieure ; il s'écoule un petit verre de pus ou plutôt de sérosité purulente. La trompe n'est pas distendue de liquide. Tampons ; bourrage du vagin.

Le 17 — La malade souffre : bon faciès cependant ; on enlève les tampons ; lavage intra-utérin, attouchement au Battley, mèche utérine et vaginale.

Le 20. — La malade a une figure rayonnante, elle perd un peu mais ne souffre pas.

Le 5 juillet — La malade sort en excellent état, ayant encore cependant des boutons sur le ventre dus aux vésicatoires.

Le bain de siège et le maillot humide de Priessnitz sont de beaucoup préférables ; ils décongestionnent et exercent une puissante sédation des douleurs. Durant toutes mes études, j'ai vu les malades traitées de cette façon, éprouver de grands soulagements, alors que le vésicatoire et l'opium ne leur avaient produit aucun résultat.

Le bain de siège sera donné à la température de 40° à 45° d'une durée d'une demi-heure avec un ou deux kilogrammes de sel ; les malades se coucheront ensuite sans s'essuyer, roulées dans une couverture et reposeront bien couvertes pendant une ou deux heures. Fritsch insiste beaucoup sur le bain de siège ainsi donné, et M. Tédenat le vante avec insistance.

Le maillot humide de Priessnitz consiste en un linge faisant le tour du corps et allant de l'ombilic au tiers moyen des cuisses; on le trempe dans l'eau froide, on l'exprime légèrement et on l'applique recouvert de makintosch; les malades devront le garder deux ou trois heures dans la matinée, le remettre en se couchant et le garder toute la nuit. Les exsudats pelviens diminuent et les douleurs disparaissent.

Tant qu'il n'y a pas de pus, on s'en tiendra à ces moyens combinés avec le repos général, le grand air, le repos génital absolu, les frictions sèches sur tout le corps, de grands bains salés et chauds, des lavements chauds (décongestionnants), des laxatifs doux, des tampons d'ichthyol et glycérine 1/15, de l'ichthyol à l'intérieur (Freund, de Strasbourg), et enfin les eaux et les indications de l'état général.

Quand l'utérus a été désinfecté par les moyens que nous avons déjà vus et au besoin par le curettage, on pourra songer alors au *massage* des annexes; mais ici la plus grande prudence est exigée. M. Tédenat le vante sans cesse. Je l'ai vu moi-même le pratiquer souvent et en obtenir de bons résultats [1].

Le massage est généralement peu pratiqué en France, tandis qu'on a abusé des opérations graves. Je ne veux pas dire qu'on doive y recourir toujours, mais dans des cas bien déterminés, et ils sont plus nombreux qu'on ne le pense, un médecin expérimenté devra l'employer. La première condition est d'établir son diagnostic d'une façon sûre, de connaître exactement la lésion et sa cause. Par le massage, on assouplira les adhérences qui retiennent les organes dans des positions vicieuses et qui déterminent parfois de vio-

[1] G. Bouchet. Thèse, Montpellier, 1901. « M. le professeur Tédenat emploie souvent le massage en gynécologie; et je me rapelle en avoir constaté les bons effets durant mon stage à sa clinique. »; p. IX.

lentes douleurs. C'est surtout dans ces formes scléreuses qu'il doit être pratiqué. Mais quand il y a du pus, on doit s'abstenir, car alors il devient dangereux. Il peut rompre les abcès, il peut raviver le gonocoque, et nous avons étudié déjà à quels dangers cela expose la malade. Enfin le massage devra toujours être associé aux traitements médicaux que nous venons de voir, repos, bains, maillots de Priessnitz, etc , etc...

Le massage est actif ou passif.

Pour le massage actif, on introduit un ou plusieurs doigts ou une main dans le vagin, et l'autre s'applique sur la paroi abdominale : les organes sont saisis entre les deux, et, par des mouvements qu'il est assez difficile de décrire [1], l'opérateur frictionne, étire, mobilise les organes et leurs adhérences, toujours avec douceur et sans provoquer de douleur. Si la malade souffre, il vaut mieux s'abstenir et attendre que les moyens médicaux aient calmé ses souffrances. Les séances de massage dureront cinq à dix minutes.

Le massage passif consiste en l'application sur la paroi abdominale, au niveau des organes, la malade étant dans le décubitus latéral, de sacs de plomb : on commence par 200 gram. de chaque côté et l'on peut atteindre un ou même deux kilos. Les injections vaginales, les pessaires, font aussi du massage passif.

Enfin la méthode de Thure-Brandt consiste à faire faire à la malade certains mouvements déterminés, toute une gymnastique spéciale, et me paraît devoir être d'une grande utilité.

Dans les formes scléro-adhésives, on sera cependant autorisé à intervenir quand la douleur est violente et que les moyens précédents auront été inefficaces. Il ne faut pas

[1] Je renvoie pour ces descriptions aux ouvrages qui traitent du massage; notamment Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie.*

qu'on argue que ces malades souffrent parce qu'elles sont neurasthéniques, car des douleurs longtemps prolongées dans la sphère génitale peuvent très bien amener à l'hystérie des femmes qui n'en auraient jamais présenté le moindre symptôme.

Un certain degré de neuro-arthritisme prononcé pourra quelquefois rendre hésitant pour intervenir. L'opération la plus ordinaire est la laparotomie avec décollement des adhérences. Mais M. le professeur Tédenat emprunte très souvent la voie vaginale, et il nous a fait remarquer de nombreuses fois que la malade opérée de cette façon guérissait très vite, ne paraissant pas s'être aperçue de l'opération qu'on lui a fait subir.

Dans tous les cas et de quelle nature qu'ils puissent être, l'opération devra avant tout être conservatrice. Et les deux observations qui suivent montrent avec quelle prudence on doit agir. S'il existe une collection de pus, on l'évacuera d'abord, quitte à intervenir plus largement plus tard si cela ne suffit pas.

Observation XI

Euphrasie D..., 22 ans, ménagère, entre le 6 janvier 1900, salle Desault, lit 14, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, l'a été régulièrement depuis ; pas de leucorrhée. Mariée il y a six ans. Souffre depuis quatre ans et demi.

Les accidents ont débuté par un gonflement de la lèvre gauche, qui a évolué au début avec douleur et fièvre. Cette tumeur s'ouvrit spontanément trois mois après, et il coula du pus et du sang. La suppuration a duré un mois, et tout rentra dans l'ordre. Mais elle avait eu un peu de leucorrhée avant l'apparition de la tumeur.

Au mois de septembre dernier, douleurs très vives à gauche au moment des règles. Elle garda le lit pendant huit jours ; le ventre fut douloureux, ballonné, quelques vomissements et pertes séro-

sanguinolentes. De cette crise, il lui reste des douleurs abdominales.

Fin octobre, mêmes accidents, plus forts. Le 29 décembre nouvelle crise coïncidant avec les règles ; douleurs pelviennes très vives irradiant dans les cuisses, plus marquées à droite. Elle continue à travailler, mais devant la durée et l'augmentation des accidents, elle appelle un docteur qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel — Chétive à teinte subictérique, ventre tendu, très douloureux au-dessous de l'ombilic, sans points localisables. Au toucher, on sent l'utérus repoussé en avant ; dans le Douglas existe une tumeur dure et douloureuse comblant en partie les culs-de-sac latéraux, surtout à droite. Annexes douloureuses des deux côtés.

Traitement. — Priessnitz et tampons à l'ichthyol.

Le 20 janvier. — Les règles, douloureuses, ont fait bien moins souffrir que la dernière fois : la tumeur, aussi volumineuse, est moins douloureuse.

Le 3 mars. — Opération. Anesthésie au mélange d'éther et chloroforme. Colpotomie postérieure. Incision de la tumeur, qui donne 500 grammes de pus, lavage, drainage, faible tamponnement du vagin.

Le 14 mars. — La malade continuant à souffrir, on lui propose l'hystérectomie. Anesthésie au mélange. On a des alertes ; la respiration, le pouls ne vont pas et M. Tédenat interrompt l'opération.

Le 15 mars. — L'opération est reprise. Hystérectomie abdominale. Les culs-de-sac sont sectionnés à leur insertion; le postérieur largement ouvert par l'incision de la première intervention. La vessie séparée de l'utérus, la face antérieure de ce dernier est sectionnée. A ce moment, les accidents anesthésiques font interrompre l'opération ; mais le petit bassin est largement drainé par l'incision postérieure au moyen d'une grande mèche de gaze. Séance tenante, on fait une injection de sérum et deux injections sous-cutanées de rhum et de caféine. Compresses antiseptiques chaudes à la vulve, glace sur le ventre, potion morphinée à 0 gr. 03.

Arrivée dans son lit, la malade a une petite hémorrhagie.

Le soir, nouvelle injection de 500 grammes de sérum, que l'on répète les trois jours suivants.

Le 19. — L'état de la malade devient un peu plus satisfaisant.

Le 27. — Incision et lavage du Douglas. Les sérosités purulentes sont moins abondantes.

L'état général reste toujours peu satisfaisant pendant les jours suivants. Lavements nutritifs.

Le 6 avril. — La malade peut rester quelque temps levée sur une chaise longue.

Le 20. — Elle fait quelques pas dans la salle.

Le 3 mai. — Elle sort absolument cicatrisée, bien remontée comme état général ; les troubles dyspeptiques ont cessé ; les forces sont revenues en grande partie; elle ne souffre plus.

Observation XII
(Personnelle).

Recueillie dans le service de M. Tédenat.

Noémi R..., 25 ans, entre le 27 juin 1901, salle Desault, lit 30.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement, quelques pertes blanches. Les règles manquent le 20 mai ; le 10 juin, souffrant depuis 3 jours, les règles arrivent avec un caillot gros comme deux pièces de cinq francs, et plat, la perte abondante dure 12 jours. La malade prend des injections au phénosalyl, mais elle souffre du côté gauche, elle a de gros frissons, des sueurs. Le 27 juin, ayant vomi le matin, elle entre à l'hôpital, en proie à de violentes souffrances.

Examen. — Ventre ballonné, sensible ; vagin chaud, utérus peu mobile, culs-de-sac empâtés.

Le 28 juin. Anesthésie au mélange, colpotomie postérieure : il s'écoule du sang et un peu de sérosité, lavage et bourrage de l'utérus à la gaze iodoformée. Puis on introduit le doigt dans le Douglas, une poche est rompue qui donne un verre à bordeaux de pus verdâtre. On lave et on bourre à la gaze le Douglas et le vagin.

Le 1er juillet. Elle se plaint de coliques

Le 8. Souffre encore des coliques. On lui met le Priessnitz.

Le 15. Elle ne souffre plus depuis 2 jours, le Priessnitz l'a soulagée.

Le 2 août. Elle souffre dans le bas-ventre à gauche. Par le toucher on trouve dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur douloureuse.

Le 21. La malade sort malgré cette tumeur, les douleurs ont cessé.

Le 18 octobre. Elle rentre, lit 6, dans un état aigu. Ventre ballonné, très douloureux. L'utérus et les culs-de-sac sont douloureux, Priessnitz, glace sur le ventre, injections chaudes.

Le 23. Un peu calmée, mais quelques douleurs lancinantes persistent encore.

Le 18 novembre. Opération. Anesthésie au mélange. Hystérectomie abdominale totale. Annexes volumineuses, adhérences de l'utérus. On se décide à enlever l'utérus après avoir mis une pince sur les ligaments larges, l'ovaire gauche est plein de pus, se crève, il en coule près d'un verre. Les annexes droites sont enlevées aussi. Thermocautère dans le col, suture du péritoine et de la paroi

Pièces anatomiques — Utérus petit, paraît peu atteint. A droite l'ovaire est gros avec petits kystes trompe épaisse; avec petites adhérences. A gauche, kyste ovarien, à parois épaisses. plein de pus; trompe épaisse, dilatée contenant du pus.

Le 19 novembre. La nuit a été calme, elle a peu souffert. Elle a trop bu de champagne et a vomi ce matin, bon faciès.

Le 21. Bon état général.

La malade a supporté son opération, mais elle en est beaucoup plus affectée que celle dont l'observation suit, laquelle a été opérée par la voie vaginale.

Observation XIII.

(Personnelle).

Recueillie dans le service de M. Tédenat.

Adeline L .., 39 ans, entre à la salle Desault, lit 14, le 8 novembre 1901, parce qu'elle souffre dans la fosse iliaque droite.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, quelques caillots : légère leucorrhée.

Elle fit un gros caillot en septembre dernier. Pas de grossesse.

Il y a deux ans, elle éprouva une violente douleur à la région lombaire droite s'étendant à l'abdomen : cette douleur disparut

après l'application d'un calmant, elle reste sans souffrir jusqu'à il y a 10 mois.

A ce moment, apparaissent de fortes douleurs dans la fosse iliaque qui la firent évanouir une fois : elle resta six jours au lit. Un docteur, trouvant une tumeur, l'engagea à se faire soigner.

Il y a deux mois, elle sent son ventre grossir, de fortes coliques la font évanouir. Le troisième jour, vomissement porracé. Depuis elle souffre peu, mais sent de temps en temps de petits élancements. Les règles arrivent, durent 20 jours et le sang entraîne un peu de pus : elle fit un long caillot. Elle vit M. Tédenat, qui lui prescrivit des pilules et le Priessnitz : elle en fut soulagée. Il y a de cela trois semaines.

Etat actuel. — Pas nerveuse, conservée, appétit bon. Elle souffre en urinant quand elle a ses douleurs ; pas de mictions nocturnes.

A l'examen, légère voussure dans la fosse iliaque droite, la gauche libre et indolore. Au toucher, vulve et vagin, utérus, col normaux, culs-de-sac postérieur et latéral droit occupés par une masse dure et indolore. Des deux côtés les annexes sont volumineuses.

16 novembre. Opération, anesthésie au mélange. Hystérectomie vaginale totale. Décollement des faces de l'utérus, section médiane de l'organe.

On enlève chaque moitié avec ses annexes, qui sont très pénibles à décoller.

Il sort de vieux caillots. On lie les ligaments larges avec du fil de lin fort.

A gauche, une pince est laissée sur l'utérine par excès de précaution, on bourre le vagin de gaze iodoformée : elle n'a pas perdu de sang, on lui fera 500 gram. de sérum.

Pièces anatomiques. — Utérus volumineux, tissu fragile. Annexes, à gauche l'ovaire paraît normal, mais la trompe est épaissie à laquelle est annexée une poche contenant de vieux caillots : à droite l'ovaire est scléro-kystique : la trompe est comme la gauche.

Le 18. La malade se trouve bien.

Le 20. Bon faciès, excellent état.

Le 22. Enlèvement de la gaze, lavage, le fond du vagin a très bon aspect, est presque cicatrisé. En somme, excellent état.

La voie vaginale est souvent bien commode, quoi qu'on en ait dit. On lui a objecté que l'opérateur ne voit pas où il va et la difficulté de faire des ligatures. Mais, pour un chirurgien exercé, il y a tout avantage à s'en servir : s'il ne voit pas, ses doigts lui permettent de reconnaître ce qu'il va sectionner, et la preuve en est dans les bons résultats que j'ai toujours constatés dans les cas de M. Tédenat ; s'il ne peut pas lier, il n'y a aucun inconvénient à laisser quelques pinces à demeure, que l'on enlèvera au premier pansement. Et l'on a le gros avantage d'éviter le shock opératoire, avec lequel il faut compter dans toute laparotomie.

CHAPITRE V

Que faut-il conclure de cette étude, trop succincte à mon gré, sur l'infection gonococcique chez la femme?

Il en résulte, tout d'abord, que le gonocoque est un microbe bien plus dangereux chez la femme que chez l'homme. L'homme est quelquefois, mais rarement, amené à la stérilité : en tout cas il ne meurt pas du fait du gonocoque. L'orchite, la prostatite, le rétrécissement, déterminent bien des souffrances, mais ce sont les cas graves, et ces souffrances sont loin d'égaler celles de la femme.

La femme, au contraire, est très fréquemment stérile. Elle souffre, horriblement parfois; pendant toute sa vie génitale, elle est à peu près condamnée au repos général et génital, elle est inféconde, et trop souvent elle meurt par péritonite. Les traitements médicaux, sur lesquels j'ai insisté parce que j'ai toujours vu les malades en retirer de grands bénéfices, le massage, qui n'est pas assez souvent pratiqué, demandent une grande patience de la malade, et aussi du médecin; quand il faut intervenir, les opérations sont graves, et bien souvent elles n'ont pas été assez conservatrices. En un mot, je ne serais pas trop éloigné de l'opinion de ceux qui disent : « Pour la femme il vaut mieux la syphilis que la blennorrhagie ».

Je résumerai donc d'une façon générale cette étude :

Il faut surveiller attentivement les blennorrhagies de l'homme et ne permettre le mariage que quand on a acquis,

par des examens nombreux et fréquemment répétés, la certitude que le gonocoque a disparu d'une façon absolue de sa muqueuse génitale. S'il ne tient pas compte des avis de son médecin, la femme court le risque d'être infectée.

Dès que cette infection sera déclarée, le médecin devra user de prudence, soigner attentivement sa malade et tâcher d'empêcher les progrès de l'infection. Si, pour une cause ou pour une autre, il ne peut y arriver, il devra employer tout d'abord les traitements médicaux, qui lui seront très utiles. Quand il aura ainsi obtenu un soulagement, que le processus inflammatoire sera arrivé à produire de la sclérose et des adhérences, il pourra songer au massage. Mais tout le monde n'est pas apte à s'en servir, il faut une grande habitude, car le massage ignorant est fort dangereux. Enfin, si par tous ces moyens, il n'a pu arriver à la guérison, c'est le bistouri du chirurgien qui travaillera. Mais, ici encore, on est allé beaucoup trop loin, et l'on aurait dû bien souvent respecter des organes qui ont été enlevés trop à la légère.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Batut L. — Diverticulites blennorrhagiques et abcès péri ou para-utéraux à gonocoques. Archives de médecine et de pharmacie militaires. Paris, 1895. XXVI, 216-229.

Bosc. — Le gonocoque. Thèse Montpellier, 1893.

Bouchet. — Massage et suites de couches. Thèse Montpellier, 1901.

Carrey. — Sur la blennorrhagie de la femme, Lyon médical, 1894. Nos 2, 3, 4.

Charrier. — De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Thèse Paris, 1892.

Fuster. — Thèse Montpellier, 1897.

Janet. — Réceptivité de l'urèthre et de l'utérus, blennorrhagie et mariage. Annales des maladies des organes génito-urinaires, août 1893. — Nouvelles archives d'obstétrique, décembre 1893. — Annales de dermatologie, octobre 1893.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 3e édition.

Reymond. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1895.

Sée M. — Le gonocoque, 1894.

Veit. — Handbuch der Gynœkologie, Erster Band.

Verchère. — La blennorrhagie chez la femme, 2 volumes, Paris, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 Novembre 1901.
Le Recteur,
A. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 Novembre 1901.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.